

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE **583**

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DEYRIS

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 3 Mai 1900 à Moûtiers (Savoie)

**Du Traitement rapide
des Hémorragies de la délivrance
par les injections intra-veineuses
de lobe postérieur d'hypophyse
associées à la révision utérine**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

E. MULLER

16, Rue Monsieur-le-Prince, 16
PARIS (VI^e)

1935

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DEYRIS

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 3 Mai 1900 à Moûtiers (Savoie)

**Du Traitement rapide
des Hémorragies de la délivrance
par les injections intra-veineuses
de lobe postérieur d'hypophyse
associées à la révision utérine**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

E. MULLER

16, Rue Monsieur-le-Prince, 16

PARIS (VI^e)

1935

Le Doyen : G. Roussy.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	NARVIN.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
	HOPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Cliniques des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oo-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNON.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	OBERLING	Anatomie pathologique.
FEY	Urologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART	Pathologie.	RICHET	Physiologie.
D'ALLAINES	chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhinolaryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Pharmacologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
HAZARD	Anatomie pathologique.		
HUGUENIN	Hygiène.		
LABBE (Henri)	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.		
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGE DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
ABRAMI
ALAJOUANINE ...
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
HARVIER
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT ..
SEZARY

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

MM.
ECAILLE
GUENIOT
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL
METZGER

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLE Puériculture.
Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage de mon affection.

A MA FEMME ET MON FILS CHERIS

A MA TANTE

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Chargé de Cours de Clinique annexe

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

*Qui a su me faire aimer
l'obstétrique.*

En témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a toujours témoigné
son aimable sollicitude et
m'a guidé dans mes travaux.*

*En gage de mon profond
dévouement.*

A MON AMI LE DOCTEUR EMILE PENE

*En souvenir des conseils
affectueux qu'il n'a cessé de
me prodiguer.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. OPPERT

Radiumthérapeute de l'Hôpital Lariboisière

*En reconnaissance de son
précieux enseignement.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE L'INSTITUT MEDICO-LEGAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIROLOIX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CADENAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

MONSIEUR LE DOCTEUR PIEDELIEVRE, agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR, agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR DERVIEUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SANNIE, agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR CEILLIER, médecin expert

A L'ADMIRABLE PERSONNEL
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

INTRODUCTION

Les hémorragies de la délivrance constituent encore, malgré les diverses thérapeutiques qui leur ont été opposées et malgré la transfusion sanguine, une des complications les plus redoutables qui puissent suivre l'accouchement.

Au début de notre stage à la Maternité de Lariboisière, chez M. le Docteur Devraigne, nous avons assisté à une de ces hémorragies, et, peu familiarisé encore avec l'obstétrique, nous en avons gardé le souvenir angoissant.

C'est peut-être la raison qui nous a fait choisir le sujet de notre thèse, car le jour où nous avons connu la thérapeutique rapide que nous avons l'intention d'exposer ici, nous avons eu l'impression que le praticien était nettement mieux armé contre cet accident, parfois imprévisible, toujours grave, et qu'il importe de juguler sans délai.

Cette thérapeutique a été décrite récemment après avoir été longuement expérimentée par MM. Bohler et Reiles de l'Ecole Départementale d'Accouchement du Bas-Rhin. Elle nous a paru si séduisante que nous l'avons mise en pratique aussitôt.

DES DIFFERENTS PROCEDES EMPLOYES JUSQU'A CE JOUR

De tous temps, on a tenté de lutter contre l'inertie utérine, cause de ces hémorragies après l'expulsion du placenta :

Soit en cherchant à provoquer la rétraction hémostatique de l'utérus par des ocytociques,

Soit en réalisant l'hémostase sans recourir à la tonicité du muscle par des procédés mécaniques.

a) *L'ergot de seigle.*

Nous nous contenterons de rappeler qu'on l'administrait autrefois à la dose de 2 à 4 gr. de poudre d'ergot fraîchement préparée dans un quart de verre d'eau. Il fallait 15 à 20 minutes avant qu'il n'agisse.

L'estomac le supportait souvent mal ; des vomissements survenaient expulsant une partie du produit et il était difficile d'en faire absorber une nouvelle dose ne pouvant contrôler la quantité rejetée.

Les progrès de la pharmacopée ont mis à notre disposition depuis des extraits aqueux ou alcooliques d'ergot : l'Ergotine et l'Ergotinine.

Une préparation courante : l'Ergotine Yvon est administrée en injection sous-cutanée à la dose de un centimètre cube. Mais ici encore, comme par la voie buccale,

il faut attendre plusieurs minutes pour que l'utérus se rétracte. Cette action est d'ailleurs inconsante. Il ne faut pas hésiter à injecter 3 à 4 centimètres cubes d'Ergotine. Dans la plupart des cas, l'utérus se rétracte, mais un certain nombre d'atonies utérines résistent à cette thérapeutique.

Bien entendu, il ne faudra l'employer que lorsque l'on sera absolument sûr de l'intégrité du placenta et qu'il ne restera dans l'utérus ni débris de membranes ni cotylédons aberrants.

On a employé aussi le Tartrate d'Ergotamine qui, bien que plus actif que l'hypophyse, n'arrive pas à vaincre, par voie sous-cutanée, toutes les atonies utérines.

b) *Hypophyse sous-cutanée et intra-musculaire.*

La même préparation qui a pu servir d'ocytocique au cours du travail est encore souvent employée par la même voie sous-cutanée pour vaincre l'atonie utérine après la délivrance.

Son effet est parfois insuffisant. On l'a associée souvent à l'Ergotine.

M. Lacomme, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, dans un article récent, nous parle, parmi les moyens propres à provoquer la rétraction hémostatique de l'utérus, de l'injection d'extrait post-hypophysaire en plein muscle utérin à l'aide d'une longue aiguille, sachant bien que l'injection d'hypophyse dans le muscle au cours de l'intervention césarienne amène une rétraction beaucoup plus rapide et beaucoup plus complète que l'injection sous-cutanée.

Nous pensons que l'injection intra-veineuse de post-

hypophyse dont nous parlerons plus loin, est beaucoup plus simple, plus rapide et capable de donner une rétraction au moins aussi importante que directement dans le muscle utérin.

c) *Injectons intra-utérines.*

On a pratiqué des injections chaudes à une température oscillant entre 48 et 50 degrés, soit avec de l'eau rigoureusement bouillie, soit avec de l'eau lysoformée, soit avec des substances irritantes et antiseptiques (solution iodo-iodurée de Tarnier, essence de térébenthine à 10 gr. par litre d'eau, etc...).

Malheureusement l'action des liquides chauds n'est pas instantanée; elle demande plusieurs minutes, et, de plus, elle est inconstante.

d) *Compression pubio-manuelle.*

Manœuvre décrite par Fochier. Elle consiste à déprimer d'une main la paroi abdominale au-dessus du fond utérin.

La main plonge jusqu'à la colonne vertébrale et tend à ramener l'utérus vers le pubis, pendant que l'autre main placée au-dessus de la symphyse en prolonge en avant le plan résistant.

Le rapprochement des deux mains compresse donc l'utérus sur toute sa hauteur et on ne doit les relâcher qu'après cessation de l'hémorragie.

Le procédé est peu pratique.

e) *Pincement des artères utérines à travers le ligament large.*

Ce procédé ne nous paraît pas recommandable et on a cité des cas de lésions des uretères.

C'est un procédé aveugle.

f) *Malaxations utérines.*

Lorsque l'hémorragie n'est pas encore très importante, on peut pratiquer quelques massages légers, quelques frictions douces, qui suffiront parfois à amener des contractions utérines et à permettre de sentir le globe de sûreté.

g) *Compression intra-utérine.*

Plus séduisante que la précédente, cette technique consiste à introduire une main entière dans la cavité utérine après l'antiséptie rigoureuse d'usage, à évacuer complètement les caillots et débris placentaires s'il y en a et à comprimer l'utérus sur le poing fermé au moyen de la main abdominale.

Monsieur Fabre, Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon nous affirme que « la compression intra-utérine est d'une efficacité absolue et toute hémorragie tenace sera traitée par ce procédé ».

Bien des fois, en effet, l'utérus se rétracte et l'hémorragie s'arrête; mais il faut pour cela un temps qui peut varier de quelques minutes à quelques heures.

h) *Compression de l'aorte abdominale.*

Quand l'utérus est vidé de son contenu il est facile, à travers la paroi abdominale, de sentir les battements de l'aorte, à hauteur de l'ombilic, au devant de la colonne vertébrale, à gauche de la ligne médiane.

Les doigts arrivent par une pression moyenne à com-

primer cette grosse artère et l'hémorragie s'arrête aussitôt. Mais cela n'amènera pas toujours la contraction de l'utérus tant désirée, et nous préconiserons plutôt ce procédé que l'on peut confier à un aide pour éviter une trop grande perte de sang, pendant que l'opérateur fera ses préparatifs avant d'appliquer une des techniques ci-contre, ou celle que nous aurons l'honneur d'exposer plus loin.

i) *Tamponnement intra-utérin.*

C'est en général en dernier ressort, après l'échec des procédés ci-dessus que l'on a recours au tamponnement intra-utérin ou tamponnement cervico-utérin à la Duhrssen.

Il ne s'agit point là du tamponnement vaginal lequel peut fort bien arrêter une hémorragie hors des voies naturelles, mais n'empêche pas le sang de se répandre dans la cavité utérine qui se distend facilement créant une hémorragie interne des plus graves et que seuls révéleront alors les phénomènes généraux (pâleur, accélération du pouls, sueurs, syncopes, etc...).

Il s'agit, au contraire, du tamponnement de la cavité utérine en entier, avec des mèches de gaze stérilisée.

Il en faut une quantité considérable.

Il ne faut pas laisser d'espaces vides.

Il faut que la mèche appuie fortement sur tous les points de la paroi utérine sans quoi l'hémorragie reprendra infailliblement.

Bien conduite, cette technique donne des résultats, mais elle est peu pratique pour le praticien, qui, au fond d'une campagne, n'a pas toujours le matériel nécessaire et travaille dans de mauvaises conditions.

Enfin, il est des cas où la femme continue à saigner sur son tampon avec un utérus moyennement rétracté.

Ce procédé est donc loin de donner la sécurité absolue.

j) *Hystérectomie.*

Malgré toutes ces méthodes thérapeutiques, il n'en est pas moins certain qu'un petit nombre d'hémorragies de la délivrance, dues à l'atonie utérine paraissent absolument incoercibles.

C'est pour ces cas que l'on n'a pas hésité à conseiller la thérapeutique héroïque de l'hystérectomie.

Le Docteur Lacomme n'hésite pas à préconiser dans ces cas très rares l'hystérectomie dont il rapporte un cas suivi de guérison.

k) *Procédé double mécanique et ocytocique.*

Récemment, Messieurs Bohler et Reiles ont préconisé dans les hémorragies de la délivrance un procédé double, à la fois mécanique et ocytocique.

Il s'agit de la révision utérine systématique combinée à l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Ces auteurs ont rapporté des statistiques véritablement impressionnantes.

Nous avons employé cette méthode dans un certain nombre de cas et les résultats ont été si rapidement favorables, et nous ont paru tellement différents dans des atonies graves, des résultats obtenus avec les ocytociques par voie sous-cutanée, qu'il nous a paru intéressant de les publier, bien qu'ils n'aient porté jusqu'à l'heure, quant à nous, que sur un nombre restreint de cas.

INDICATIONS

Nous n'envisagerons pas dans cette étude les hémorragies pouvant survenir après la sortie de l'enfant, qu'elles soient dues à des manœuvres intempestives, à un décollement partiel du placenta, ou à une traction sur le cordon pour hâter ce décollement, car ce sont là des indications de délivrance artificielle, laquelle en général, suffit à arrêter l'hémorragie.

En effet, dans bien des cas, la simple introduction de la main dans l'utérus pour aller à la recherche du placenta ou de ses débris, suffit à faire cesser l'hémorragie; l'utérus vidé, elle produit une excitation suffisante pour amener la rétraction utérine.

Nous envisageons seulement les cas où, la délivrance étant chose faite, soit spontanée, soit naturelle, soit artificielle, l'hémorragie continue si elle avait déjà lieu, ou s'installe s'il n'y en avait pas encore eu.

Les hémorragies de la délivrance, une fois la délivrance faite, sont dues à l'inertie utérine.

Cette inertie est favorisée par :

- les malformations utérines,
- les fibromes utérins pouvant vicier la contractilité et la rétractilité de l'utérus,
- les insertions basses du placenta,
- les adhérences anormales du placenta,
- la distension de l'utérus par l'excès de volume de son contenu (gros œuf, hydramnios, gestations gémellaires ou multiples),
- les interventions diverses surtout sous anesthésie prolongée,

l'atonie de l'utérus après un travail long et dystocique, où, au contraire, après un travail extrêmement rapide.

Mais à côté de ces cas, les accoucheurs savent bien que les hémorragies peuvent se produire après des accouchements et des délivrances absolument normaux, et sans que rien n'ait pu faire prévoir leur apparition.

Le diagnostic d'un hémorragie de la délivrance se discute dans deux cas :

1° Lorsqu'il y a un écoulement abondant de sang à la vulve ;

2° Lorsque surviennent des signes généraux graves d'anémie aiguë.

Si l'enfant vient de sortir des voies génitales, le placenta encore in utero, il est plus que probable que les accidents observés sont en rapport avec une hémorragie de la délivrance.

Mais la présence du placenta et l'abondance du sang ne permettent pas de faire un examen commode et de déterminer la source exacte de l'hémorragie.

La première chose à faire est de voir où en est la délivrance.

En pratiquant le toucher vaginal on voit si l'on arrive sur l'insertion du cordon sur le placenta (présentation face foetale) ou sur le placenta (présentation face utérine ou du bord).

On fait alors la délivrance.

Si le placenta n'est pas décollé, on fait la délivrance artificielle.

Dans nombre de cas, l'hémorragie s'arrête de ce fait et confirme le diagnostic.

Si la délivrance est déjà effectuée et qu'il se produise

une hémorragie, on trouve, en général, un utérus mou, flasque, on cherche en vain le globe de sûreté. La main abdominale qui recherche le fond utérin pour apprécier sa hauteur, expulse par la vulve une quantité de sang et de caillots en rapport avec l'intensité de l'hémorragie.

Si, au contraire, on a trouvé le globe de sûreté c'est dans les voies génitales inférieures qu'il faudra rechercher le siège de l'hémorragie (col, vagin, vulve, varices vulvaires.)

Dans le cas où le diagnostic d'hémorragie de la délivrance est posé, il est urgent de prendre une décision efficace.

Mais il faut préciser le moment où la perte de sang, normale après la délivrance, prendra le caractère d'une hémorragie.

Certaines femmes perdent une quantité de sang importante sans que leur état général en souffre. D'autres pour beaucoup moins présenteront vite un état de choc.

C'est pour cela que, pour éviter des erreurs d'appréciation, il faut que l'accoucheur se base sur l'état du poulx, seul signe de la gravité de l'hémorragie.

Si le poulx atteint ou dépasse cent pulsations minute, il ne faut pas tarder à agir. Il faut surtout ne pas attendre les signes d'anémie aiguë; lorsque la femme aura une tendance syncopale, des sueurs, des troubles de la vue, et dira qu'elle a une sensation de mort imminente, il sera peut-être trop tard.

Il faut alors, sans hésiter, mettre la main dans l'utérus, s'assurer de sa vacuité ou la réaliser, et faire pousser en même temps, une injection intra-veineuse de lobe postérieur d'hypophyse. En quelques secondes, l'opérateur

aura l'heureuse surprise de sentir l'utérus se rétracter énergiquement sur son poing fermé.

Nous ne saurions mieux faire, et c'est un hommage à leur rendre, que d'emprunter ici à Messieurs Bohler et Reiles les lignes qui suivent et qui décrivent leur méthode telle que nous l'avons mise en pratique à notre plus grande satisfaction :

« Sans exagérer, nous pouvons prétendre que c'est seulement grâce à l'administration intra-veineuse d'hypophyse qu'il est possible de supprimer le tamponnement utéro-vaginal. Le produit que nous employons est la post-hypophyse contenant entre 25 et 30 unités par ampoule, et que nous injectons sans dilution à raison d'une ampoule entière répartie sur une dizaine de secondes.

« Nous suivons depuis tantôt deux ans la ligne d'indications suivante :

A — CAS AVEC HEMORRAGIE

a) *Hémorragies de la délivrance :*

« Dès que la perte de sang s'élève à 500 grammes (à peser, car les évaluations sont souvent trompeuses dans les deux sens), expression du placenta ; si l'état général souffre avant que cette limite soit atteinte, on exprimera plus tôt.

« Si l'expression ne réussit pas, on procèdera sans tarder au décollement manuel ; on fera cependant un dernier essai d'expression sous narcose.

« Quatre éventualités se présenteront suivant les cas ; ce sont :

« 1° — Le placenta exprimé est de toute beauté et l'utérus est bien contracté; il sera superflu de faire quoi que ce soit ;

« 2° — Le placenta exprimé est de toute beauté, mais l'utérus reste atone : on fera la révision comme traitement de l'atonie et on la combinera à l'injection intra-veineuse d'hypophyse ;

« 3° — Le placenta exprimé est douteux: on traitera ces cas comme ceux mentionnés sous B, avec lesquels ils sont, à part la perte de sang antérieure, identiques ;

« 4° — Le placenta a été décollé : le traitement ultérieur sera le même que celui indiqué sous B.

b) *Atonies utérines :*

1 — *Grande atonie.*

« Ici encore, on ne s'attardera pas aux petits moyens (massages, etc...), au-delà d'une perte de 500 gr. que le placenta soit beau ou douteux, on fera la révision et, systématiquement, l'injection intra-veineuse d'hypophyse qu'on poussera dès le début de l'intervention.

2 — *Petite atonie.*

« Par cette appellation, nous désignons les pertes continues et intarissables qu'on voit survenir après certains accouchements. Le placenta, le plus souvent, est tellement beau qu'il ne permet aucun doute sur son intégrité.

« L'expression manuelle de l'utérus détermine bien l'évacuation de quelques caillots; on croit que tout est rentré dans l'ordre, mais quelques instants plus tard

l'hémorragie reprend. Elle ne semble pas être bien importante, mais si l'on prend le soin de peser les pertes, on sera étonné de voir qu'elles s'élèvent facilement à 500 gr. La révision permet de faire dans ces cas une constatation bien curieuse : l'utérus qu'on croyait avoir exprimé vigoureusement et évacué, est rempli de quelques caillots rénitents et élastiques et qui présentent ceci de particulier, que sur une partie de leur étendue, ils sont fortement adhérents à la paroi utérine. Consistance et adhérence permettent de dire que ces caillots sont déjà vieux, parfois de une heure ou de deux, et qu'ils ont résisté à toutes les tentatives d'expression. Comme pour les cotylédons retenus, la présence de ces caillots empêche localement la rétraction hémostatique et la fermeture des vaisseaux béants.

« Le traitement consistera dans l'évacuation des caillots par la révision, à laquelle on ajoutera l'injection intra-veineuse d'une ampoule d'hypophyse. »

Ce sont ces cas que nous étudierons. Les auteurs pensent que cette méthode peut même être largement étendue à tous les cas où une révision utérine est indiquée.

B — CAS SANS HEMORRAGIE

OU AVEC HEMORRAGIE PEU IMPORTANTE

a) *Révision pour intégrité douteuse du placenta.*

« A la définition du placenta suspect nous avons tracé des limites très larges et nous considérons comme douteux tout placenta dont on ne peut pas affirmer l'intégrité avec une certitude absolue : cette conduite nous amène à 1 révision pour 10 accouchements.

« b) *Décollement manuel pour adhérence placentaire, quatre heures après l'expulsion de l'enfant.*

« Ligne de conduite :

« 1° Révision ou décollement suivant le cas.

« Le plus souvent l'utérus est bien contracté à la fin de l'intervention, et il est inutile d'injecter de l'hypophyse.

« 2° Vers la fin de l'intervention, l'utérus est mal contracté : ici, injection intra-veineuse d'hypophyse. Dès que l'organe se contracte, ce sera constamment au bout de quelques secondes, donc déjà au cours de l'injection, la main intérieure se retire pendant que la main extérieure comprime fortement l'utérus pendant quelques secondes.

« L'effet est constant et définitif.

TECHNIQUE

« Notre technique se distingue par une simplicité extrême. En peu de mots, la révision est exécutée de la façon suivante : la main gantée entre par la vulve qui est nettoyée, iodée et délimitée par des champs stériles. Elle pénètre facilement dans la cavité utérine, soit en totalité, soit avec deux ou trois doigts suivant l'état de contraction de l'organe, dont elle explore et nettoie les parois, les bords, le fonds et les cornes. Ces manœuvres sont exécutées avec beaucoup de douceur, et nous considérons comme exagéré de faire un râclage approfondi de

la cavité. Au fur et à mesure que les débris sont détachés, les doigts les chargent sur la paume qui, à son tour, les expédie dans le vagin; en se retirant finalement, la main évacuée tout ce qui s'y est amassé. C'est de cette façon qu'il nous est devenu possible de limiter les manœuvres, la plupart du temps, à une introduction unique de la main; mais s'il persiste le moindre doute quant à la vacuité de l'utérus, nous ne nous gênons pas d'entrer plusieurs fois; la plupart du temps l'utérus est fortement contracté pendant que la main se retire; ;la pression de la main extérieure soutient encore cette contraction pendant quelques secondes; à partir de ce moment, on pourra être certain que l'utérus ne relâchera plus.

« Comment se comporter dans le cas où l'utérus est mal contracté et où il y a perte de sang pendant l'intervention ? Pour effectuer dans ces cas l'hémostase certaine et instantanée, nous avons systématisé l'injection intra-veineuse d'hypophyse. En traitant les atonies systématiquement, par l'injection intra-veineuse d'hypophyse combinée à la révision, nous avons pu nous rendre compte que nous possédions une méthode thérapeutique qui nous permet d'arrêter infailliblement, en quelques secondes, les hémorragies les plus intenses.

« Nous répétons que c'est seulement par la combinaison simultanée des deux agents thérapeutiques qu'on arrive aux résultats voulus avec la rapidité indiquée et la constance mentionnée. Il faut que l'utérus sensibilisé par l'administration brutale de l'hypophyse soit soutenu dans son effort de contraction, et ne soit pas obligé de chasser seul toute la masse sanguine qui le distend. Pour cela, il est indispensable que caillots et sang liquide

soient évacués en même temps par la main introduite dans la cavité. C'est seulement de cette façon qu'on verra l'organe se contracter vigoureusement et irrésistiblement dans l'espace de peu de secondes pour ne plus relâcher.

« Nous avons l'habitude d'exécuter l'intervention comme suit : l'injection intra-veineuse est poussée dès le début de la révision. La main introduite dans l'utérus commence à évacuer rapidement la masse sanguine. A ce moment, l'action de l'hypophyse commence à se faire sentir; les parois utérines flasques jusqu'à ce moment, au point parfois d'échapper par leur mollesse à la palpation, commencent à se dessiner; leur consistance est pâteuse au début, mais devient à la seconde suivante, de plus en plus dure. Le sang est évacué en grande quantité de la cavité qui se rapetisse en un clin d'œil. Une pression vigoureuse de la main extérieure exprime complètement l'utérus, finit par chasser la main intérieure et maintient, pendant un court instant, le fond de l'organe. Dès ce moment, on pourra être sûr qu'il ne relâchera plus.

« Nous n'exagérons pas en disant qu'en moins d'une minute, préparatifs compris, nos atonies les plus importantes sont conjurées définitivement.

« Les états alarmants de l'anémie aiguë nous sont inconnus depuis. Il est rare que nous soyons amenés à administrer du sérum salé; aucune transfusion sanguine n'a été faite depuis deux ans. »

RESULTATS

Au mois de mai 1934, MM. Bolher et Reiles pouvaient écrire que, depuis deux ans, ils avaient traité de cette façon tous les cas d'hémorragies qui s'étaient présentés parmi 4.000 accouchements, sans aucun insuccès. Sur 20 décollements et 400 révisions utérines faits pour des hémorragies graves, ils n'ont perdu aucune accouchée, n'ont administré que rarement du sérum salé, et n'ont pas eu besoin d'une seule transfusion.

Nos résultats, comme on pourra s'en rendre compte plus loin par la lecture de nos observations personnelles, sont venus confirmer, point par point, les affirmations de MM. Bohler et Reiles. Notre expérience est moins étendue, mais notre pourcentage de succès est le même que le leur.

Une seule fois (observation n° 2), nous avons dû pratiquer une transfusion, mais peut-être avions-nous un peu tardé à pratiquer l'injection intra-veineuse d'hypophyse, sans quoi nous aurions pu l'éviter.

Ce qui frappe le plus dans l'emploi de cette méthode, c'est la rapidité d'action de l'hypophyse qui n'atteint jamais les dix à quinze secondes que l'on met à pousser l'injection pour amener la rétraction énergique et définitive de l'utérus le plus atone.

INCONVENIENTS ET CONTRE INDICATIONS

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse a surtout été employé jusqu'ici comme ceytocique pour stimuler un utérus inerte au cours de l'accouchement. La contre indication a son emploi, étant surtout la contracture utérine, l'hypertonie du muscle que l'hypophyse exagère jusqu'à la tétanisation avec toutes ses conséquences : incarceration, mort du fœtus et parfois rupture utérine. La dose classique est de 5 unités internationales en un cm³, renouvelable après 30 minutes si l'effet est insuffisant.

Dans le cas des hémorragies de la délivrance, comme nous sommes sûrs, par la pratique de la révision associée, de la vacuité utérine, nous n'avons plus à craindre cette contracture que nous souhaitons au contraire, et nous n'hésitons pas à injecter directement dans la veine du pli du coude une dose de 10 unités internationales (1).

MM. Bohler et Reiles, sur plus de 200 administrations intra-veineuses d'hypophyse n'ont jamais observé un accident quelconque, et sont convaincus que ce médicament est sans danger dans l'application en question.

Nous n'avons, nous-mêmes, jamais observé non plus d'accident; une seule fois, nous avons eu un « incident » (observation n° 5). Il s'agissait d'une femme qui, malgré son hémorragie avait conservé un teint rosé et qui, après

(1) MM. Bohler et Reiles et nous-mêmes avons injecté la Posthypophyse Choay n° 4 (solution chirurgicale) qui est titrée actuellement à 10 unités internationales par ampoules de 1 centimètre cube. Cette posologie s'est révélée très suffisante, en 10 à 15 secondes, sans dilution.

l'injection intra-veineuse d'hypophyse, est devenue subitement d'une grande pâleur, certainement en rapport avec la vaso constriction générale — pâleur qui a duré deux heures, sans aucun autre phénomène, et ce qui était rassurant, sans aucune modification du pouls.

Notre enthousiasme pour cette méthode sera-t-il suffisant pour effacer les condamnations sévères prononcées contre la Posthypophyse, notamment par Wodon, qui, en 1929, dans son rapport pour le Congrès de Gynécologie, écrit : « Nous pensons que l'administration intra-veineuse d'extrait hypophysaire doit rester une méthode d'extrême exception, à réserver en cas d'atonie grave survenant après la délivrance. »

De même, on a reproché à l'hypophyse administrée au cours du travail d'être la cause des hémorragies de la délivrance par atonie.

Il est certain que si les contre indications avaient été observées, et que l'injection n'ait pas été faite trop tôt, avant dilatation suffisante, l'utérus ne se serait pas fatigué inutilement et aurait conservé une tonicité suffisante pour se rétracter.

Et, en admettant même que l'Hypophyse soit responsable de cet état de choses, n'est-ce donc point à elle que nous allons faire appel à nouveau pour arrêter cette hémorragie ? Ce sera là sa réhabilitation.

Est-ce à dire que la post-hypophyse intra-veineuse permettra de juguler toutes les hémorragies de la délivrance ?

Non, car il ne faut pas oublier que dans l'utérus, le segment inférieur présente une certaine inertie que nous pouvons appeler physiologique, et qui sera peu influen-

cée par les injections de médicaments ocytotiques.

L'observation d'une intervention césarienne au cours de laquelle la femme a continué à saigner, malgré l'injection intra-veineuse d'hypophyse en est la preuve (observation n° 7).

Cette persistance de l'hémorragie peut très bien se produire d'ailleurs, dans les cas de toute insertion basse du placenta traitée par voie vaginale.

De même, certaines hémorragies incoercibles de la délivrance ne seront pas justiciables de l'injection intra-veineuse de post-hypophyse. Il s'agit des cas rares où il y a eu sinon rupture du segment inférieur, du moins fissuration intéressant les couches internes de ce segment. Ces fissures ne se produisent, d'ailleurs, le plus souvent qu'après des extractions difficiles à dilatation pas tout à fait complète.

Il est bien certain que dans ces cas l'injection intra-veineuse de post-hypophyse, pas plus qu'aucune injection d'ocytocique n'est capable d'arrêter une hémorragie semblable.

C'est alors qu'on doit se rendre compte avant tout, avec des valves et des pinces de Museux, du siège exact de l'hémorragie, et ne pas hésiter à pratiquer une hystérectomie.

Comme contre indication tirée de l'état général de la femme, la plus à craindre serait l'hypertension, puisque la post-hypophyse produit une vasoconstriction générale suivie d'augmentation de la tension artérielle. Mais nous pouvons la rejeter, puisque la saignée rapide que vient de subir cette femme fait qu'elle n'est plus en état d'hypertension. Celà d'autant moins qu'il est bien

connu que les saignées des muqueuses produisent, à spoliation sanguine égale, un abaissement de la tension artérielle plus considérable que ne le ferait une saignée veineuse.

INDICATIONS PARTICULIERES A L'OPERATION CESARIENNE

Comme indication supplémentaire de cette méthode, nous ne pouvons passer sous silence les avantages de l'injection intra-veineuse de post-hypophyse dans la césarienne.

Pendant l'opération césarienne, il est important d'avoir un minimum de spoliation sanguine. Il faut éviter, autant que possible, l'inondation de la cavité péritonéale surtout si on a été amené à pratiquer la césarienne pour un accouchement impossible avec membranes rompues au cours d'une épreuve du travail, le contenu utérin étant suspect ou infecté.

L'injection intra-veineuse de post-hypophyse est poussée en 8-10 secondes, dès l'extraction de la tête de l'enfant. On pratique une extraction lente du tronc, afin que la rétraction de l'utérus puisse suivre son évacuation. Dès la sortie de l'enfant, l'utérus est fortement rétracté.

La quantité de sang perdue est minime, parfois nulle.

Messieurs Bohler et Reiles ont toujours eu des résultats parfaits et sur quarante césariennes n'ont pas eu une seule atonie.

Les observations 7 et 8 que nous avons rapportées ne sont pas particulièrement typiques, étant donné que dans l'une d'elles (n° 7), l'hémorragie a continué sur le segment inférieur malgré l'hypophyse et que l'on a été obligé d'en arriver à l'hystérectomie. Cependant, le corps utérin lui-même s'était parfaitement rétracté.

Quant au cas de l'observation n° 8, il s'agissait d'une présentation du siège et l'injection n'a pu être poussée qu'après l'extraction totale de l'enfant.

HEMORRAGIES SECONDAIRES

A DES REVISIONS UTERINES TARDIVES

Il arrive que même plusieurs après la délivrance, un fragment de placenta ou un cotylédon reste très adhérent à l'utérus, et que leur décollement soit suivi d'une hémorragie plus ou moins abondante.

Nous n'avons pas hésité, même dans ce cas là, à injecter par voie veineuse la post-hypophyse, et notre observation n° 10 démontre les résultats heureux de cette méthode.

OBSERVATIONS

Les observations que nous avons l'honneur de rapporter constituent en partie notre expérimentation à la Maternité de Lariboisière, les autres nous ont été aimablement communiquées par Monsieur le Docteur Jean Ravina, accoucheur des Hôpitaux de Paris.

*
**

OBSERVATION N° 1

Maternité de l'Hôpital Lariboisière, N° 805, année 1935.

Mme G..., 27 ans.

Antécédents personnels : Néant.

Réglée à 13 ans normalement.

Procréateur bien portant 29 ans.

Deux avortements il y a deux ans (utérus rétroversé?)

Dernières règles : 12-16 Juin 1934.

Gestation suivie à Tarnier et à Lariboisière.

Début du travail : 20 heures, le 3 avril 1935.

Rentrée à Lariboisière le 4 avril 1935, à 9 h. 30.

Rupture des membranes spontanée à 5 heures du matin, le 4.

Accouchement artificiel à terme (forceps Tarnier) pour lenteur de la période d'expulsion et signes de souffrance fœtale.

Extraction d'un garçon vivant, pesant 3 k. 830, à 10 h. 30.

Durée du travail : 14 h. 30.

Délivrance naturelle spontanée pesant 730 gr.

Episiotomie : 2 catguts, 4 crins.

Hémorragie de la délivrance impressionnante; l'utérus ne se rétractant pas.

Nous mettons aussitôt la main dans l'utérus et pendant qu'elle évacue les caillots, nous faisons pratiquer une injection intra-veineuse de posthypophyse. En moins de dix secondes l'utérus se contracte violemment sur la main que nous retirons doucement, pendant que la main abdominale coiffe l'utérus pendant deux à trois minutes.

L'hémorragie s'arrête définitivement.

Nous pratiquons une injection de sérum de 500 cm³.

Suites normales jusqu'au 9 avril où la femme fait une poussée à 38. On fait de la pyoformine. Tout rentre dans l'ordre et elle sort le 20 avril.



OBSERVATION N° 2

Maternité de l'hôpital Lariboisière, N° 3.358, année 1934.
Mme M... (Péruvienne), 37 ans, employée d'assurances.
Antécédents personnels : gastrite chronique.

Un avortement en 1926.

Le procréateur de la grossesse actuelle est le même, 44 ans, bien portant.

Dernières règles : 26 février au 2 mars 1934.

Gestation suivie en ville. Urines normales.

Rentrée à Lariboisière le 23 novembre 1934, à 5 h. 30.

Accouchement artificiel à terme, forceps Tarnier sur sommet en O. I. D. P. Rotation de dégagement en O. P. pour lenteur de la période d'expulsion.

Extraction d'une fille vivante pesant 3 k. 170.

Délivrance artificielle immédiate pour hémorragie : révision utérine et expulsion des caillots, massage utérin sans résultat.

On fait 2 cm³ d'Ergotine et 1 cm³ d'Hypophyse sous-cutanée également sans résultat. C'est alors qu'une injection intra-veineuse de posthypophyse amène la rétraction complète et rapide de ce gros utérus fibromateux.

750 cm³ de sérum intra-veineux sont suivis un demi-heure après d'une transfusion de 470 cm³.

La délivrance pesait 700 gr.

Un B. W. pratiqué s'est révélé négatif.

Suites de couches subfébriles avec pouls élevé, température 38 à 38,4, jusqu'au vingt-septième jour.

Abcès du sein incisé le trentième jour.

Phlébite double le trente-et-unième jour. Sangsues.

La femme quitte le service soixante-quatre jours après l'accouchement

Remarque. — Il semble que, dans le cas présent, on ait laissé passer un peu trop de temps avant de décider l'injection intra-veineuse d'Hypophyse, c'est pourquoi l'état a nécessité une transfusion.



OBSERVATION N° 3

Mme S..., primigeste, 21 ans.

Gestation normale suivie en ville.

Accouchement le 21 mars 1935, à terme.

Durée du travail: 12 heures.

Rupture précoce des membranes. Tendance à la contraction nécessitant une injection de Spasmalgine.

Cette tendance est expliquée par une malformation utérine. L'utérus est nettement bicorne, les deux cornes se dessinant très nettement au moment de la contraction en même temps que s'accuse une dépression du fond de l'utérus.

Dilatation complète à 6 heures du soir.

La femme fait des efforts expulsifs absolument vains pendant deux heures. La tête est en O. I. G. A. à la partie moyenne de l'excavation et ne bouge pas.

Application de forceps Tarnier en O. I. G. A. sous anesthésie au chloroforme.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3 k. 500.

Hémorragie de la délivrance très abondante dix minutes après l'accouchement. On fait une délivrance artificielle, le placenta est inséré dans la corne gauche.

Après la délivrance artificielle, l'utérus reste absolument flasque et saigne abondamment. On remet alors la main dans l'utérus et on fait aussitôt une injection intra-veineuse de posthypophyse qui provoque en sept secondes environ une rétraction très intense de l'utérus et l'arrêt définitif de l'hémorragie.

Suites de couches tout à fait normales.



OBSERVATION N° 4

Mme C..., secondigeste de 25 ans.

Première gestation: avortement de deux mois et demi en 1931, caractérisé par une absence de dilatation du col malgré des contractions fortes et régulières. Curettage au bout de 24 heures.

Suites normales.

Deuxième gestation : dernières règles du 10 au 12 juillet 1934.

Gestation fort bien supportée, présentation du sommet à la partie moyenne de l'excavation. Hauteur utérine 33 cm. L'utérus est étendu transversalement et dévié à gauche.

Premières douleurs le 17 avril 1935. Dès le début on constate que l'utérus est malformé, situé à gauche de la ligne médiane, la corne gauche paraît seule développée, la droite presque inexistante.

Malgré des contractions régulières, le col ne se dilate absolument pas. Au bout de douze heures on met un ballon de Boissard qui ne donne aucune modification du col bien que les douleurs surviennent régulièrement toutes les cinq minutes et soient nettement plus fortes qu'avant la pose

du ballon. On enlève ce dernier. Le col est toujours perméable au doigt, il est ferme mais non dur et la dilatation n'a pas progressé.

Six heures après même dilatation malgré la persistance des douleurs.

On rompt alors les membranes.

Pas de modification.

On pratique alors une injection de Spasmalgine. Les douleurs sont moins ressenties mais les contractions persistent avec le même rythme.

Il semble que l'accouchement s'avère impossible, et évolue exactement comme lors de l'avortement précédent.

Trente heures après le début du travail la situation étant exactement la même, on décide d'intervenir par césarienne vaginale.

Anesthésie au chloroforme. Césarienne vaginale, forceps Tarnier en O. I. G. A. à la partie moyenne de l'excavation.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2 k. 685.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, la femme commence à saigner. On pratique aussitôt une délivrance artificielle.

Placenta : 535 gr.

Après cette délivrance, l'utérus reste absolument mou et saigne très abondamment malgré massage et évacuation des caillots.

La main restant dans l'utérus on pratique une injection de 2 cm³ d'Ergotine qui ne donne aucun résultat : l'hémorragie continue à flots. On fait alors une injection intra-veineuse de posthypophyse Choay N° 4 ; en six secondes, l'utérus se rétracte violemment sur la main qui est à l'intérieur.

On se rend compte qu'il existe une malformation très nette : utérus unicorne, la corne droite étant inexistante.

L'hémorragie est arrêtée définitivement.

On pratique alors la suture de l'utérus; le reste de l'inter-

vention se passe sans que la femme perde une goutte de sang.

Suites de couches normales.

*
**

OBSERVATION N° 5

Mme R..., primigeste, 24 ans.

Dernières règles terminées le 25 juillet 1934.

Gestation bien supportée sans albuminurie, mais avec hypertension à 16 au Vaquez à partir du sixième mois, augmentant progressivement au cours du dernier mois pour atteindre 21-22.

Un peu de céphalée.

L'enfant étant déjà volumineux on décide de provoquer l'accouchement d'autant plus que quelques contractions ont déjà amené une dilatation entre 1 et 2 francs.

Le 19 avril 1935 on rompt les membranes et on fait une injection sous-cutanée de Thymophysine. Douze heures après la dilatation est complète.

Après deux heures d'efforts expulsifs, la tête ne progressant pas, on pratique un forceps Tarnier et O. I. D. P. à la partie moyenne de l'excavation.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3 k. 440.

Dix minutes après la sortie de l'enfant se produit une hémorragie abondante. Une délivrance artificielle est faite sans tarder, le placenta pèse 565 gr. Mais l'hémorragie continue très abondante par inertie utérine malgré le massage du fond utérin et l'évacuation des caillots en laissant la main dans l'utérus qui reste complètement flasque.

On pratique rapidement une injection intra-veineuse de posthypophyse Choay N° 4. En huit secondes environ l'utérus se rétracte et l'hémorragie est définitivement arrêtée.

A ce moment, la femme qui avait gardé, malgré son hé-

morragie, une coloration rosée, pâlit brusquement sans qu'il se produise d'ailleurs de modification du pouls.

Cette pâleur considérable et rapide semble bien être sous la dépendance de la vasoconstriction provoquée par l'injection d'Hypophyse. Cette teinte un peu impressionnante, persiste pendant deux heures environ, mais ne s'accompagne d'aucun signe de choc.

Suites de couches absolument normales.



OBSERVATION N° 6

Mme K..., 22 ans, primigeste, grossesse à terme vers le 10 mars 1934.

Albuminurie depuis le 7^e mois évoluant entre 0 gr. 10 et 0 gr. 60 sans hypertension.

La femme suit depuis le début de janvier un régime lacto-végétarien déchloruré.

Au début du travail, le 9 mars, se produit une rupture précoce des membranes. Le travail est long et douloureux, caractérisé par la lenteur de la dilatation, le col étant très ferme.

Trois injections de Spasmalgine sont nécessaires au cours du travail pour diminuer la tendance à la contracture.

Au bout de 36 heures, alors que la dilatation est à peine à petite paume, le liquide amniotique se teinte et les bruits du cœur ralentissent. Devant cet état de choses, on décide de terminer l'accouchement.

Anesthésie au chloroforme, incision antérieure et postérieure du col, application de forceps Tarnier en D. P.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3 k. 850.

La femme commence à saigner dès après la sortie de l'enfant.

On pratique alors une délivrance artificielle.

Placenta : 715 grammes.

Après la délivrance artificielle, se produit une très grosse hémorragie par inertie utérine. L'utérus reste mou malgré le massage et l'évacuation des caillots.

La main restant dans l'utérus, on pratique sans retard une injection intra-veineuse de posthypophyse. En cinq secondes environ l'utérus se rétracte et pendant que la main se retire doucement entraînant le reste des caillots, la main abdominale coiffe le fond utérin qu'elle compresse pendant deux à trois minutes, et la femme ne saigne plus dès cet instant. Suture du col au catgut. Injection intra-veineuse de 500 cm³ de sérum glucosé.

Suites de couches absolument normales.



OBSERVATION N° 7

Mme V..., 28 ans, tertigeste ayant déjà eu deux césariennes corporéales en 1928 et 1931.

Début de travail prématuré au terme de 8 mois.

En raison de la présentation de l'épaule et des césariennes antérieures, on décide de faire une nouvelle césarienne, d'autant plus que la malade demande la ligature des trompes.

Le 15 mai 1935, on pratique une césarienne haute sans extériorisation de l'utérus. Bien que le femme n'ait présenté aucune hémorragie pendant sa grossesse, on est frappé de voir que l'enfant est en situation très élevée, en présentation de l'épaule, la tête dans le flanc droit, le dos dans le fond utérin étendu transversalement, le siège dans le flanc gauche. Aussitôt on porte le diagnostic probable d'insertion basse du placenta.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, incision de la par-

tie inférieure du corps utérin. Cette incision arrive sur la partie supérieure du placenta qui s'insère sur tout le segment inférieur, débordant sur la partie postérieure de ce segment.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2 k. 450.

Délivrance : Le placenta est très adhérent au segment inférieur, le corps utérin se rétracte bien, mais le segment inférieur saigne en nappe, assez abondamment. On fait un tamponnement avec un champ Tetra qui n'arrête pas l'hémorragie. On pratique alors une injection intra-veineuse de posthypophyse; le corps utérin se rétracte bien et ne saigne pas, mais le segment inférieur continue à saigner abondamment.

On décide alors devant la quantité de sang perdue et la persistance de l'hémorragie de faire une hystérectomie-Mickulicz — suture de la paroi en trois plans — transfusion sanguine de 400 grammes.

Suites opératoires normales.



OBSERVATION N° 8

Mme A..., primigeste de 36 ans. Cette femme présente un bassin généralement rétréci. S. P. 10 cm, 2.

Le 9 janvier 1935, les membranes sont rompues depuis 24 heures. L'enfant paraît volumineux, présentation du siège.

On décide d'intervenir.

On pratique une césarienne supra-symphysaire sous anesthésie au Schleich.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3 k. 650.

Délivrance immédiate.

L'utérus reste mou malgré le massage ; on pratique alors une injection intra-veineuse de posthypophyse. L'utérus se

rétracte en quelques secondes, et présente l'aspect rétracté des utérus de césarienne opérés à la rachi-anesthésie.

On suture l'utérus qui ne saigne absolument plus jusqu'à la fin de l'opération.

Notons que l'injection d'hypophyse n'a été pratiquée qu'après l'extraction de l'enfant parce que nous avons ici une présentation du siège, mais que pour prévenir les hémorragies au cours de la césarienne, il y a lieu d'employer la méthode de MM. Bohler et Reiles, c'est-à-dire de pousser l'injection une fois que la tête est sortie.

*
**

OBSERVATION N° 9

Mme D..., secondigeste, 26 ans.

Grossesse gemellaire diagnostiquée. Le 25 avril 1935, début du travail.

La grossesse est de 8 mois et demi environ.

Dès le début, l'utérus se contracte mal en raison de sa distension. En effet, la hauteur utérine est de 42 cm. La circonférence abdominale de 110 cm.

Une injection sous-cutanée de thymophysine amène des contractions régulières et efficaces.

Dilatation complète au bout de 6 heures.

On est obligé de faire une extraction au forceps Tarnier sous anesthésie au chloroforme du premier enfant, un garçon vivant pesant 3 k. 250, puis d'une fille pesant 3 k. 125.

Cinq minutes après l'extraction du dernier enfant, la femme commence à saigner abondamment. On fait alors une délivrance artificielle qui ramène deux masses placentaires réunies par un pont membraneux, le tout pesant 1 k. 100.

Après la délivrance artificielle, l'utérus reste mou malgré le massage et bien que la main soit restée à l'intérieur.

On pratique alors une injection intraveineuse de posthypophyse poussée lentement pendant 8 secondes. Aussitôt l'utérus se resserre sur la main qu'il contient, cette main se retire doucement entraînant les caillots, ce qui permet à l'utérus de se rétracter complètement et définitivement.

La femme ne saigne absolument plus.

Suites de couches normales.



OBSERVATION N° 10

Maternité de l'hôpital Lariboisière, année 1935.

Mme D..., 21 ans, secondigeste.

Premier accouchement normal il y a deux ans d'un enfant actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 30 juillet 1934.

Accouchement naturel à terme le 23 mai 1935 d'un garçon vivant pesant 3 k. 200.

Délivrance naturelle paraissant complète pesant 620 gr.

Périnée intact.

Le troisième jour après l'accouchement la température monte subitement à 39,5. Pouls à 120.

On passe la femme à l'isolement.

On constate un gros utérus molasse et on décide une révision utérine qui ramène de nombreux fragments placentaires très adhérents au muscle. Le décollement est très difficile et immédiatement suivi d'une grosse hémorragie.

Sans hésiter on fait une injection intra-veineuse de posthypophyse (10 unités). La rétraction de l'utérus est instantanée, il n'y a plus le moindre saignement.

Le lendemain température à 37,7. Pouls 92.

DE LA POSTHYPOPHYSE

Le lobe postérieur d'Hypophyse, employé pour les diverses préparations d'Hypophyse est prélevé surtout chez le bœuf. Chez cet animal, il représente à peu près un cinquième de la glande totale.

La formule chimique n'étant pas encore bien déterminée, on titre les extraits par la méthode physiologique et on chiffre l'activité en unités internationales (1).

L'efficacité des extraits de lobe postérieur par voie buccale est pratiquement nulle et seules sont employées les voies sous-cutanées, intra-musculaire et intra-veineuse.

C'est incontestablement en obstétrique que se retrouve l'application la plus importante des extraits post-hypophysaires, à cause de l'action spécifique et directe de ce produit sur la fibre lisse utérine.

C'est Dale qui, le premier, la mit en lumière.

Parisot et Spire l'introduisirent en France en tant que méthode thérapeutique.

Comme pour l'intestin, mais avec une intensité plus considérable, cette substance agit, soit sur le muscle isolé, soit *in situ*, sur l'utérus gravide comme sur l'utérus vierge — avec cette remarque qu l'utérus gravide y est particulièrement sensible, et que cette sensibilité croît

(1) L'unité internationale correspond à l'activité ocytotique d'un demi-milligramme d'une poudre standard, — arbitrairement choisie comme étalon. Le titrage se fait par comparaison avec l'étalon, en prenant comme réactif une corne utérine de cobaye vierge et impubère, étudiée *in vitro* dans des conditions rigoureusement égales, déterminées avec le plus grand soin.

avec l'âge de la grossesse pour atteindre son maximum au moment du travail.

Il est certain que cette excitabilité particulière persiste encore après l'accouchement et la délivrance expliquant ainsi la réponse magnifique de l'utérus à nos injections intra-veineuses.

Par voies sous-cutanée ou intra-musculaire, les contractions utérines surviennent au bout de 3 à 15 minutes après l'injection. Par voie intra-veineuse l'action est instantanée.

La posthypophyse provoque, en outre, une vaso-constriction générale et augmente la coagulabilité sanguine. Ces deux effets se combinent à la rétraction utérine pour juguler rapidement les hémorragies de la délivrance.

En dehors des applications obstétricales par la voie intra-veineuse, la posthypophyse a la propriété, malgré la vaso-constriction générale suivie d'hypertension, d'abaisser la pression sanguine pulmonaire, d'où son emploi en phthisiologie pour arrêter les hémoptysies. Cet effet hémostatique ne se produirait-il pas aussi sur les utérines ? Nous posons ici la question sans la résoudre, mais nous pensons que ce serait intéressant à rechercher sur de gros animaux, la chienne par exemple.

POSOLOGIE

Nous nous sommes arrêté pour lutter contre les hémorragies de la délivrance, à la dose de 10 unités internatio-

nales, l'injection étant poussée en 8-10 secondes au moins dans une veine du pli du coude, sans dilution.

Cette dose, très bien supportée, s'est révélée suffisante.

CONCLUSIONS

I. — A notre connaissance, aucun des procédés mis en œuvre jusqu'à ce jour pour lutter contre les hémorragies graves de la délivrance par inertie utérine ne s'est montré absolument efficace.

Or, en présence d'une complication aussi grave, quand une femme saigne abondamment, il y a lieu d'utiliser immédiatement le procédé le meilleur et le plus rapide pour juguler cette hémorragie.

II. — En conséquence nous croyons fermement que l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse combinée à la révision utérine systématique, telle que nous l'avons décrite, est le procédé de choix pour lutter contre l'atonie utérine.

III. — Ce procédé s'est révélé sans danger.

IV. — Il est simple, facile et rapide, exige peu de matériel.

V. — Il a supprimé dans la grande majorité des cas la nécessité d'une transfusion sanguine.

VI. — Il peut rendre de grands services dans le cas particulier de l'opération césarienne.

VII. — Nous nous proposons de l'appliquer sans hésitation chaque fois que nous serons en présence d'une hémorragie rebelle de la délivrance.

VU: *le Président de la thèse,*
COUVELAIRE.

VU: *le Doyen,*
ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- R. KELLER, Directeur de l'Ecole Départementale d'Accouchement du Bas-Rhin, chargé de cours, à la Faculté, et E. BOHLER, Premier Assistant : « Les indications élargies et les résultats de la Révision Utérine faite immédiatement après l'accouchement ». (*Gynécologie et Obstétrique*, N° 5, Mai 1933.)
- E. BOHLER et M. REILES : « Application de la Révision combinée à l'injection intra-veineuse d'Hypophyse au traitement de l'atonie ». (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, N° 8, Octobre 1933.)
- E. BOHLER et M. REILES : « Suppression du tamponnement utéro-vaginal au profit de la Révision utérine combinée à l'injection intra-veineuse d'Hypophyse ». (*Gynécologie et Obstétrique*, N° 5, Mai 1934.)
- FABRE, Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon. Membre correspondant de la Faculté de Médecine : « Précis d'Obstétrique ». (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, 1931.)
- Jean RAVINA, Accoucheur des Hôpitaux de Paris : « 3° Pratique Médico-Chirurgicale, 1031 ».
- M. LACOMME, Agrégé, Accoucheur des Hôpitaux de Paris : « Sur certaines hémorragies incoercibles de la Délivrance ». (*La Médecine*, N° 5, Avril 1935.)

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

E. MULLER

16, Rue Monsieur-le-Prince, 16
PARIS (VI^e)

1935

